

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРМИНОЛОГИИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Лысенко О.В., Занько С.Н.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Как показывают литературные данные, имеющиеся в настоящее время морфологические критерии для дифференциальной диагностики доброкачественных, предраковых и раковых заболеваний эндометрия ненадежны [4, 7, 6, 1], так как не позволяют объективно оценить состояние исследуемого эндометрия и поставить правильный диагноз.

Представляя собой звено в сложной нейрогуморальной цепи, и, являясь гормончувствительной тканью, эндометрий тонко реагирует нарушением морфологии на изменения гормональных влияний на уровне целого организма. До настоящего времени разница в терминологии гиперпластических процессов эндометрия и трудности в их интерпретации осложняют взаимопонимание между морфологами и клиницистами.

С точки зрения морфологов и клиницистов понятие о предраке эндометрия неоднозначно. Под предраком эндометрия морфологи подразумевают наличие таких изменений, которые имеются и при раке, но при последнем они выражены в большей степени с наличием инвазивного роста опухоли. К доказуемой с морфологической точки зрения форме предрака относят атипическую гиперплазию эндометрия. Некоторые отечественные исследователи полагают, что атипическая гиперплазия представляет собой патологическую пролиферацию эндометрия, при которой наблюдается потеря гормонзависимости, сопровождающаяся появлением структур, имеющих сходство со злокачественными разрастаниями. С другой стороны, клиницисты полагают, что гиперпластические процессы эндометрия обязательно должны оцениваться в зависимости от возраста, клинического течения патологического процесса, гормональных и обменных нарушений. Так, по данным Савельевой Г.М. и Серова В.Н. (1980), к предраку относятся:

- аденоматоз и аденоматозные полипы в любом возрасте женщины.
- рецидивирующая гиперплазия в сочетании с гипоталамическим

нейроэндокриннообменным синдромом (в данный симптомокомплекс входят дислипемическое ожирение, ациклические кровотечения, ановуляция, нарушение углеводного обмена, повышение глюкокортикоидной функции коры надпочечников, снижение соматотропной и усиление гонадотропной функции гипофиза)

- гиперплазия эндометрия в постменопаузе

Классификация ВОЗ (1975) включает в себя гистологическое исследование различных видов ГПЭ:

1) эндометриальная гиперплазия (железистая, железисто-кистозная – очаговая и диффузная);

2) эндометриальные полипы (железистые, которые исходят из базального или функционального слоя эндометрия; железисто-фиброзные – состоят из соединительнотканной стромы и ограниченного количества желез; фиброзные – соединительнотканное образование, нередко коллагенизированные; растущие из подэпителиального слоя и покрытые эндометрием);

3) атипическая гиперплазия или аденоматоз (очаговый либо диффузный, включающий и аденоматозные полипы). Б.И.Железнов в 1987 году внес в неё некоторые дополнения с выделением железистой (железисто-кистозной) гиперплазии с секреторным превращением, гиперплазии базального слоя

Интернациональное общество гинекологов стало придерживаться новой классификации гиперплазии (классификации ВОЗ 1994 года): гиперплазия простая и сложная; с или без атипии. При сравнении классификаций гиперплазии эндометрия ВОЗ 1975 года и 1994, гистопатологи пришли к выводу о необходимости её специфицирования и упрощения. В нашей стране пока ещё широко используется классификация гиперпластических процессов эндометрия 1975 г.

Железистая (ЖГ) и железисто-кистозная гиперплазии (ЖКГ) – по существу качественно однозначный процесс, выраженный в неодинаковой степени. Различие между ними состоит в наличии кистозно-расширенных желез при железисто-кистозной форме патологии и отсутствии кист при простой железистой гиперплазии. На поверхности гиперплазированного эндометрия могут образовываться выступы слизистой различной величины, имеющие вид полипов на широком основании (полипозная форма гиперплазии). Атипическая гиперплазия (аденоматоз) характеризуется структурной перестройкой и более интенсивной пролиферацией желез по сравнению с другими видами гиперплазии. Группой экспертов ВОЗ были разработаны рекомендации по номенклатуре атипической гиперплазии эндометрия (АГЭ), которые допускают широкое возможности её трактовки. Согласно этой классификации, выделяют III степени АГЭ (причём III степень соответствует «карциноме in situ»).

Типичная гиперплазия эндометрия: простая и сложная

Простая типичная гиперплазия эндометрия - наиболее частая форма гиперплазии эндометрия [4, 2, 3]. Для этого вида гиперплазии характерным является повышение количества как железистых, так и стромальных элементов, при некотором преобладании первых. Однако отсутствует заметное тесное расположение желез. Железы округлые и разнообразны по величине. Наряду с железами мелкого калибра, встречаются в разном соотношении

крупные и кистозно-расширенные железы. Железы выстланы высокопризматическим эпителием с многоядно расположенными ядрами и четко очерченным апикальным краем клеток. Ядра овальные или несколько вытянутые, сигарообразные, богатые хроматином. В железистых и стромальных клетках часто встречаются фигуры митоза, что свидетельствует об активной пролиферации как железистых, так и стромальных элементов [6].

Основным признаком сложной типичной железистой гиперплазии эндометрия является наличие тесного расположения желез распространенного или очагового характера. Железы тесно примыкают одна к другой с утратой стромы между ними. Другим важным признаком является повышенная структурная сложность желез с многочисленными латеральными и внутрижелезистыми выступами в виде почкования эпителия в просвет желез и стромы. В железах обычно наблюдается более выраженная многоядность эпителия, чем при простой гиперплазии. Ядра остаются однородными по размерам и форме и сохраняют нормальную полярность с осью, перпендикулярной к базальной мембране. Количество митозов варьирует и ядрышки неразличимы. Стромальные клетки нередко приобретают веретенообразную форму из-за сдавления их железами. Количество желез над стромой обычно преобладает [6].

Атипичная гиперплазия эндометрия: простая и сложная

Отличительным признаком атипичной гиперплазии от типичной гиперплазии эндометрия, является атипия клеток желез, проявляющаяся в утрате полярности расположения и в необычной форме ядер, которые часто приобретают округлую форму. Ядерная мембрана изрезанная, хроматин плотный, глыбчатый или просветленный. Ядра полиморфны и в них нередко обнаруживаются крупные ядрышки [6].

Простая атипичная гиперплазия эндометрия: железы в основном, имеют округлую или овальную форму, но расположены тесно с незначительными прослойками щитовидной стромы между железами. Часть желез имеет неправильную форму, однако, они встречаются редко. Основным признаком является наличие клеточной и ядерной атипии. Следует отметить, что этот вариант атипичной гиперплазии встречается редко [5, 3].

Сложная атипичная железистая гиперплазия эндометрия характеризуется выраженной пролиферацией эпителиального компонента, что сочетается с явлением атипии на тканевом уровне и клеточных уровнях без инвазии базальной мембраны железистых структур [5].

Gubbini G et al. (1998), анализируя свои результаты, соответственно принятой за рубежом новой классификации, сообщают, что у 84,8% пациенток наблюдается простая гиперплазия, у 9,6% - сложная и у 4,8% - атипическая.

Целью настоящего исследования явилось сравнительное изучение данных патоморфологического исследования соскобов эндометрия при гиперпластических процессах эндометрия.

Материалы и методы: было проанализировано 200 заключений патоморфологического исследования соскобов эндометрия, полученных путем раздельного диагностического выскабливания при гиперпластических процессах эндометрия, из них за 2003 г. – 100 заключений и за 2007 г. – 100 заключений

Результаты: При анализе заключений за 2003 г. мы отметили, что в 100% случаев была использована классификация ВОЗ 1975 г. С другой стороны, при анализе заключений за 2007 г., выявлено, что в 72% случаев использовалась классификация ВОЗ 1994 г. и только в 28% случаев использована классификация ВОЗ 1975 г.

Выводы:

1. Для взаимопонимания клинициста и патоморфолога очень важны знание морфологических признаков и терминологии гиперпластических процессов эндометрия. Этот принцип позволяет правильно оценивать прогноз заболевания и эффективность проводимого лечения.

2. В последние годы отмечается четкая тенденция к переходу на классификацию гиперплазии ВОЗ 1994 г., хотя в нашей стране пока ещё широко используется классификация гиперпластических процессов эндометрия ВОЗ 1975 г.

Литература:

1. Берштейн, Л.М. Эпидемиология, патогенез и пути профилактики рака эндометрия: стабильность или эволюция? / Л.М. Берштейн // Практическая онкология. – 2004. – Т. 5, №1. – С. 1–8.
2. Бохман, Я.В. Комплексное лечение при гиперпластических процессах и раке эндометрия / Я.В. Бохман, В.А. Прянишников, О.Ф. Чепик – М.: Медицина, 1979. – 272 с.
3. Захарцева, Л.М. Морфологические и иммуногистохимические критерии прогноза при раке эндометрия / Л.М. Захарцева, Л.И. Воробьева, Е.Л. Манжура // Онкология. – 2001. – Т. 3, №4. – С. 252–256
4. Топчиева, О.И. Биопсии эндометрия / О.И. Топчиева, В.А. Прянишников, З.П. Жемкова. – М.: Медицина, 1978. – 232с.
5. Хмельницкий, О.К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний шейки и тела матки / О.К. Хмельницкий. – СПб. СОТИС, 2000. – 336 с.
6. Чепик, О.Ф. Морфогенез гиперпластических процессов эндометрия / О.Ф. Чепик // Практическая онкология. – 2004. – Т. 5, №1. – С. 9-15
7. European study testing the reproducibility of the WHO classification of endometrial hyperplasia with a proposal simplified working classification for biopsy and curettage specimens / C. Bergeron [et al.] // Am. J. Surg. Pathol. - 1999 – Vol. 23. – P. 1102-1108.